



Guía de Asistencia Práctica*

Prolapso de los órganos pélvicos

Pelvic organ prolapse

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de uno o más órganos, entre los que se incluyen el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, el colon sigmoide o el intestino delgado, desde su posición anatómica habitual. Este desplazamiento se produce como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y puede alcanzar diferentes grados. El POP es una patología importante dentro de las disfunciones del suelo pélvico (SP) con las que con frecuencia se asocia, requiriendo en muchas ocasiones un enfoque multidisciplinar. En la exploración ginecológica se manifiesta como un descenso del cuello uterino o de las paredes vaginales (anterior, lateral, posterior o superior) tras las cuales están los otros órganos prolapsados. Así, detrás del prolapso de la pared vaginal anterior pueden encontrarse la uretra y/o la vejiga, detrás de la pared posterior el recto y/o parte del intestino y detrás de la pared superior el útero y/o parte del intestino. El 11,8% de las mujeres son intervenidas por prolapso genital a lo largo de su vida. Supone hasta el 30% de la cirugía mayor ginecológica en nuestro entorno.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

La población diana está compuesta por mujeres que consultan por el síntoma de sensación de bulto genital, asociado o no a otros síntomas sugestivos de disfunción del suelo pélvico y que afectan a su calidad de vida.

CLASIFICACIÓN DEL PROLAPSO

A lo largo de la historia se han descrito diferentes clasificaciones del prolapso, destacan la de Baden, publicada en 1972, y, más recientemente, el Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ) system. Estas clasificaciones tienen en cuenta tanto el órgano prolapsado como el grado que alcanza. Para conocer el grado se utilizan como puntos de referencia el himen y el introito vaginal. En general es preferible el himen, puesto que supone una referencia anatómica más reproducible.

*Las Guías de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estas guías no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

Clasificación de Baden

Es una de las clasificaciones más utilizadas en la práctica clínica habitual, y la mayor parte de los ginecólogos estamos familiarizados con ella, pero le falta reproducibilidad y especificidad. Utiliza la nomenclatura clásica de cistocele, uretrocele, prolapso uterino o de cúpula vaginal, rectocele y enterocele, para definir el órgano que se encuentra prolapsado en cada caso. El cistocele es el descenso de la vejiga, el uretrocele es el descenso de la uretra, el rectocele se corresponde con el descenso del recto. El prolapso uterino es el descenso del útero. El prolapso de la cúpula vaginal es el descenso de la cúpula vaginal en pacientes hysterectomizadas. El enterocele se correspondería con el descenso del fondo de saco de Douglas donde con frecuencia se incluyen asas intestinales. Divide el prolapso en cuatro grados y toma como punto de referencia el himen:

- Grado I: el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen.
- Grado II: el compartimento prolapsado está a la altura del himen.
- Grado III: el compartimento prolapsado sobrepasa el himen.
- Grado IV: prolapso total del compartimento.

El sistema *Pelvic Organ Prolapse Quantification*

El Pelvic Organ Prolapse Quantification system está constituido por un conjunto ordenado de valores que permiten una descripción precisa del soporte pélvico sin necesidad de establecer un grado de severidad. Facilita la evaluación de la estabilidad o progresión del prolapso y está estandarizado y aprobado por diferentes asociaciones internacionales.

El POPQ se basa en la medición de las distancias comprendidas entre seis puntos situados en la vagina y un punto fijo de referencia que es el himen. Se expresan en centímetros y van precedidas de un signo “-” siempre que el punto se encuentre proximal o por encima del himen, o de un signo “+” cuando el punto está por debajo o distal al himen. Cuando la posición de estos puntos coincide con el plano del himen se le da un valor cero. Se acepta una precisión de 0,5 cm. Los puntos vaginales son los siguientes:

- Punto Aa: punto fijo localizado en la línea media de la pared vaginal anterior a 3 cm del meato uretral.
- Punto Ba: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa.
- Punto Ap: localizado en la línea media de la pared vaginal posterior, a 3 cm del himen.
- Punto Bp: este punto no es fijo y está representado por el punto más distal de la porción de la pared

vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal posterior y el punto Ba.

- Punto C: es el punto más distal del cérvix o de la cúpula vaginal.
- Punto D: es el punto más distal del fórnix vaginal posterior (fondo de saco de Douglas).
- El POPQ incluye también otras medidas que nos describen la anatomía del SP:
 - El gh (hiato genital): se mide desde la línea media del meato uretral y el himen posterior.
 - El pb (cuerpo perineal): se mide desde el margen posterior del hiato genital hasta la mitad del orificio anal.
 - El tvl (longitud vaginal total): se mide con el prolapso reducido.

Los valores que se obtienen con la exploración siguiendo el sistema POPQ se pueden agrupar en estadios que se asignan teniendo en cuenta la porción más severa del prolapso:

- Estadio I: la parte más distal del prolapso no alcanza el himen.
- Estadio II: la porción más distal del prolapso está entre 1 cm por encima del himen y 1 cm por debajo del mismo.
- Estadio III: la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen, pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total.
- Estadio IV: se corresponde con la eversión completa de la longitud vaginal total. La porción más distal del prolapso protruye al menos la longitud vaginal total menos 2 cm.

DIAGNÓSTICO DEL PROLAPSO DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS

Para una correcta evaluación del POP deberemos de hacer una anamnesis detallada y una exploración física. En algunas ocasiones precisaremos también de pruebas complementarias como sedimento y urocultivo, valoración del residuo posmiccional, ecografía y urodinamia. En el documento de consenso Diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico está detallada la manera de proceder y los instrumentos necesarios para hacer un buen diagnóstico del POP.

Anamnesis

La anamnesis deberá incluir los antecedentes personales y los diferentes factores de riesgo que puedan favorecer la aparición de un prolapso. También deberemos identificar los síntomas específicos del POP y los síntomas de otras disfunciones del SP con las que con frecuencia se asocia. Así mismo han de quedar recogidos aquellos tratamientos que la paciente ha recibido con

anterioridad. Siguiendo la clasificación de Bumb y Norton existen diferentes factores de riesgo relacionados con las disfunciones del SP: factores predisponentes (raza, variaciones anatómicas, colágeno); 4 factores iniciadores (cirugía pélvica radical, radioterapia, parto vaginal); factores favorecedores (obesidad, déficit estrogénico, tos crónica, ejercicio físico intenso); y factores descompensadores (envejecimiento, comorbilidades, medicación). La paridad es el factor de riesgo que con mayor frecuencia se asocia al POP; el antecedente de histerectomía vaginal por POP es otro importante factor de riesgo. Entre los factores de riesgo modificables destaca la obesidad, un índice de masa corporal por encima de 25 ya implica un incremento de riesgo. El prolapso genital en sus estadios iniciales suele ser asintomático, siendo un hallazgo casual en la exploración ginecológica. El síntoma fundamental del prolapso es la sensación de bulto genital. Este síntoma se asocia de forma independiente a la gravedad del prolapso. Otros síntomas que pueden asociarse al síntoma principal son: urgencia miccional, aumento de la frecuencia miccional diurna, nocturia, incontinencia urinaria de esfuerzo y/o de urgencia y sensación de dificultad miccional y de vaciado incompleto. Algunas pacientes refieren también dificultades ano-rectales: dificultad defecatoria (defecación obstructiva) que precisa maniobras manuales para expulsar las heces, especialmente el descenso de la pared vaginal posterior y el descenso perineal. El prolapso genital sintomático puede asociarse a disfunciones sexuales, siendo la más frecuente la dispareunia. Es importante averiguar el tiempo de evolución, la gravedad y la afectación que estos síntomas condicionan en la calidad de vida de la mujer (grado de recomendación A). Para identificar los síntomas y su afectación en la calidad de vida se pueden utilizar cuestionarios específicos como Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20), el Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7) y el Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire (EPIQ) todos ellos recogidos en el documento de consenso Diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico.

Exploración física

- Inspección de genitales externos, para identificar la presencia de cicatrices o desgarros perineales.
- Exploración ginecológica habitual de los genitales internos.
- Exploración ginecológica sistemática de las paredes vaginales con valvas vaginales o con el espéculo desarticulado, para establecer los tipos y estadios del prolapso, así como el trofismo de los tejidos. Es importante conseguir que el POP alcance su descenso máximo.
- Test de esfuerzo para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso.
- Test de esfuerzo con el prolapso reducido para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta.
- Evaluación del tono, de la capacidad contráctil y de los posibles defectos y asimetrías de los músculos elevadores del ano.
- Exploración ano-rectal.

Pruebas complementarias

- Ecografía ginecológica.
- Analítica de orina en mujeres con síntomas urinarios: sedimento y urocultivo.
- Valoración del residuo posmiccional, sobre todo si presenta clínica de disfunción de vaciado o dificultad miccional. Dicha valoración puede realizarse por ecografía o por cateterismo posmiccional. Preferentemente se aconseja hacerlo por ecografía al ser una técnica no invasiva (NE 2, GR B).
- Estudio urodinámico, que es opcional. Se recomienda en las mujeres que presentan sintomatología urinaria, fundamentalmente a las mujeres candidatas a la cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada al prolapso.

TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS

El tratamiento del POP puede ser conservador o quirúrgico dependiendo del grado, la edad de la paciente, su deseo gestacional, la sintomatología y la afectación de la calidad de vida.

Tratamiento conservador

- El tratamiento conservador comprende:
- Eliminar o minimizar los factores de riesgo, incluyendo la intervención sobre el estilo de vida. Cualquier pérdida de peso puede mejorar el POP en mujeres con sobrepeso u obesas (NE 2).
 - Tratamiento hormonal local, si procede.
 - Ejercicios de la musculatura del SP. La rehabilitación es efectiva para reducir los síntomas de disfunción del suelo pélvico en mujeres con prolapso estadio I-III (NE 1, GR A). No hay evidencia de que sea efectiva para reducir la severidad del prolapso (NE 1, GR B). La rehabilitación perioperatoria no mejora los síntomas de prolapso en mujeres operadas de prolapso de cúpula (GR B).
 - Pesarios. Los estudios sugieren que son una opción viable para mujeres con prolapso (NE 3). Tras la colocación de un pesario se aconseja la utilización de estrógenos tópicos y antisépticos vaginales, además requiere vigilancia periódica.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía está indicada cuando el POP es sintomático y con afectación de la calidad de vida. Es decir, en pacientes que presentan sensación de bulto en genitales externos y este síntoma les molesta. Suele corresponder a un estadio II o superior. Se deben considerar las expectativas de la paciente con el tratamiento y los resultados obtenidos con las diferentes opciones quirúrgicas. Los objetivos del tratamiento quirúrgico son:

- Obtener un buen resultado anatómico de forma que el síntoma principal (sensación de bulto genital) quede resuelto desde el punto de vista de la paciente.
- Procurar una mejoría de las disfunciones identificadas en el estudio preoperatorio y que por su naturaleza puedan ser corregidas quirúrgicamente.
- Aplicar medidas encaminadas a prevenir la recurrencia del síntoma de prolapso y la aparición de nuevas disfunciones.

Estos objetivos no siempre son alcanzables y dependen en gran medida de las características de la paciente y de la presencia de factores de riesgo de recidiva.

Las técnicas quirúrgicas pueden ser:

- Obliterativas (colpocleisis): persiguen el cierre del hialto genital para contener el prolapso. Se suele emplear en pacientes de edad avanzada, con importantes prolapso o recidivas en las que se prevea un riesgo quirúrgico para cirugía reconstructiva, y que aceptan la incapacidad para mantener relaciones sexuales coitales. La vía de abordaje es siempre vaginal.
- Reconstructivas: tienen la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional. La vía de abordaje puede ser vaginal, abdominal abierta o laparoscópica.

Técnicas quirúrgicas reconstructivas en el compartimento anterior

La cirugía clásica es la colpoplastia anterior, siguiendo los siguientes pasos:

- Colpotomía: extirpando la menor cantidad posible de vagina para conservar el eje y la estática vaginal.
- Disección de la fascia, separándola de la mucosa vaginal.
- Reparación de la fascia con una o dos suturas de reabsorción ultralenta según la técnica clásica de plicatura. Una primera capa con puntos entrecortados frunciendo (plicatura) sin tensión la muscularis vaginal y una segunda capa en sutura continua enterrando la primera.
- Sutura de la vagina con puntos entrecortados o sutura continua con material de absorción lenta, controlando que se mantenga una adecuada inclinación del eje de la vagina.

Cirugía con mallas en el compartimento anterior:

- El empleo profiláctico de mallas para el cistocele no se recomienda en la actualidad, por la morbilidad concomitante.
- No existe en la actualidad una indicación bien establecida para el uso de mallas en el compartimento anterior. Algunos autores las proponen en casos de recidiva o prolapso muy avanzado. Deberían seleccionarse las pacientes, valorando con sumo cuidado el riesgo-beneficio para decidir su indicación. La malla de polipropileno de poro ancho es la que parece ofrecer mejores resultados (GR A), sin olvidar los potenciales riesgos que se comentarán en el apartado de complicaciones.

Cirugía del defecto paravaginal:

- Algunos autores sugieren el empleo de una técnica distinta cuando existe un defecto paravaginal (desinserción de la fascia del arco tendineo).
- Se trataría de reparar dicho defecto bien con puntos sueltos por vía vaginal, bien por vía laparoscópica, o con malla por vía vaginal.
- El abordaje distinto para los defectos paravaginales está en discusión por la dificultad en la definición y diagnóstico del defecto paravaginal.

Técnicas quirúrgicas reconstructivas en el compartimento apical

La cirugía clásica para el prolapso uterino es la histerectomía vaginal, siguiendo los siguientes pasos:

- Exéresis del útero, según técnica clásica.
- Fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacros y parametrios, para prevenir recidivas.
- Corrección del enterocele y del saco herniario, si lo hubiere.

Cirugía con conservación uterina: histeropexia.

- Actualmente existen algunas indicaciones para conservar el útero, ya sea por deseo expreso de la paciente o como medida de preservación de la fertilidad.
- Las técnicas quirúrgicas para la fijación del útero pueden precisar material protésico, tanto si son por vía vaginal como por vía abdominal (abierta o por laparoscopia).

Cirugía con conservación de cérvix uterino: cervicopexia.

- En los defectos apicales con útero e indicación de suspensión en el sacro, sin deseo de mantener el útero, se aconseja realizar una histerectomía subtotal con cervicopexia para evitar el contacto de la malla con la vagina.

Cirugía del prolapso de cérvix: extirpación del cérvix (intervención de Manchester).

- Indicada en casos de elongación cervical y, eventualmente, para conservar la fertilidad.

Cirugía del prolapso de cúpula vaginal, abordaje abdominal: promontofijación (colposacropexia).

- Esta técnica siempre utiliza mallas para fijación de la vagina al promontorio sacro. Puede hacerse por laparotomía o preferiblemente por laparoscopia (ver GAP Colposacropexia laparoscópica). Con la evidencia científica actual, esta técnica es la que ha demostrado mejores resultados a corto y a largo plazo.

Cirugía del prolapso de cúpula vaginal, abordaje vaginal:

- Fijación uni o bilateral de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso con puntos irreabsorbibles (técnica de Richter).
- Inserción de malla. En los casos de recurrencia del prolapso de cúpula con cirugía clásica y de forma seleccionada según la gravedad del prolapso, o con previsión de alto riesgo de recurrencia.

Técnicas quirúrgicas reconstructivas en el compartimento posterior

La cirugía clásica es la colpoplastia anterior, siguiendo los siguientes pasos:

- Colpotomía y disección del tabique recto-vaginal.
- Reparación del tabique recto-vaginal mediante fruncido central del mismo.
- No se recomienda la miorrafia de los elevadores (NE 1).
- Perineorrafia optativa para la reparación de los desgarros clínicamente significativos.

Recomendaciones pre y posoperatorias

En el estudio preoperatorio hay que valorar la sintomatología, la afectación en la calidad de vida y el riesgo quirúrgico. Además, se recomienda el tratamiento de la atrofia vaginal con estrógenos locales. Pero en el prolapso de cúpula por laparoscopia no existe evidencia de que mejoren los resultados con el uso de estrógenos pre o posoperatorios.

- En el posoperatorio se recomienda:
- Retirar la sonda vesical precozmente.
- Promover dieta rica en residuos para evitar el estreñimiento.
- Cuidados locales.
- Evitar relaciones sexuales, baños y esfuerzos físicos.

Complicaciones de la cirugía

Entre las complicaciones de la cirugía del prolapso se incluyen: infección de orina, retención urinaria, infección de la herida quirúrgica, sangrado y hematomas; lesiones urinarias (vejiga, uretra, uréteres), intestinales (recto) y neurológicas.

También está descrita la aparición de nuevos síntomas como: dispareunia, trastornos en la micción o la defecación y dolor pélvico crónico.

Cuando se interpone material protésico pueden aparecer otras complicaciones inherentes a la colocación de la malla como: exposición de la malla hacia los órganos próximos (poco frecuente) o hacia la vagina; infección; retracción y encapsulamiento de la malla con acortamiento y estrechamiento vaginal secundario. Estas complicaciones se han relacionado con dolor, dispareunia, secreción vaginal, infecciones urinarias de repetición y sangrado vaginal, y pueden precisar una nueva cirugía para intentar extirpar la malla total o parcialmente. Además, la cirugía con mallas por vía vaginal supone un incremento en la tasa de lesiones urinarias, hematoma o sangrado, dolor posquirúrgico e incontinencia urinaria con respecto a la cirugía clásica.

Recidiva tras la cirugía del prolapso de los órganos pélvicos

El principal problema del tratamiento quirúrgico del POP es que no siempre supone una cirugía definitiva. Hay pacientes que presentan una recurrencia y requieren una nueva intervención. Hay múltiples trabajos evaluando los resultados de la cirugía del POP, pero los autores no coinciden en cuál o cuáles deberían de ser los criterios de recidiva. Como consecuencia, las tasas de recidiva publicadas en la literatura son muy variables y dificultan la comparación de los resultados. En los estudios longitudinales se han publicado tasas de reintervención que oscilan entre el 0,7 y el 5,4%. Se han descrito diferentes factores de riesgo de recidiva como la edad (mujeres jóvenes), el prolapso preoperatorio avanzado, la obesidad, la lesión del elevador o la historia familiar de prolapso.

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

- La clasificación de Baden es la más sencilla y utilizada, pero le falta reproducibilidad y especificidad. El sistema POPQ es una técnica estandarizada que describe el prolapso en múltiples puntos vaginales.
- La anamnesis en pacientes con POP deber incluir antecedentes personales, factores de riesgo, síntomas específicos del POP y de otras disfunciones del SP y tratamientos que la paciente ha recibido.
- La exploración física incluye una exploración general, una exploración ginecológica y una exploración dirigida al prolapso. Además hay que cuantificar el residuo posmiccional, identificar la incontinencia de orina oculta y valorar la musculatura del suelo pélvico.
- El tratamiento del prolapso puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de la sintomatología y su afectación a la calidad de vida, el grado y la edad de

la paciente. Hay que informar de forma detallada a las pacientes sobre las posibles opciones de tratamiento del POP y de los riesgos y beneficios de cada una de esas opciones.

- El tratamiento conservador engloba diferentes acciones dirigidas a reducir los síntomas y a prevenir el empeoramiento del prolapso. Incluye las modificaciones en el estilo de vida, la rehabilitación de la musculatura del SP y el tratamiento médico con estrógenos tópicos y con pesarios.
- Las técnicas quirúrgicas pueden ser obliterativas o reconstructivas y su elección depende de la edad, actividad física, vía de abordaje de la cirugía previa si se trata de una recidiva y la formación del cirujano. Hay que evaluar los potenciales riesgos y beneficios de las diferentes opciones de tratamiento de forma individualizada, y considerar la implantación de una malla vía transvaginal solo en casos complejos o cuando otras cirugías hayan fallado, informando a la paciente del riesgo de complicaciones específicas.
- Entre las complicaciones de la cirugía del POP se incluyen la lesión de la vejiga o el recto, las lesiones neurológicas, la hemorragia y los hematomas y las infecciones urinarias y del lecho quirúrgico. También pueden aparecer nuevos síntomas como la dispareunia, trastornos en la micción o la defecación y dolor pélvico crónico. La tasa de complicaciones se incrementa con la interposición de material protésico.
- El principal problema del tratamiento quirúrgico del POP es que no siempre supone una cirugía definitiva. Se han descrito diferentes factores de riesgo de recidiva como la edad (mujeres jóvenes), el prolapso preoperatorio avanzado, la obesidad y la avulsión del elevador.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61(1):37-49.
2. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: A correlated classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol* 1972;15(4):1048-54.
3. Barber MD. Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:648-61.
4. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(1):10-7.
5. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25:723-46.
6. Cassadó J, Espuña-Pons M, Díaz-Cuervo H, Rebollo P; GISPEM Group. How can we measure bladder volumes in women with advanced pelvic organ prolapse? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;46:233-8.
7. Costantini E, Brubaker L, Cervigni M, Matthews CA, O'Really BA, Rizk D, et al. Sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: Evidence-based review and recommendations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;205:60-5.
8. Díez Itza I. Valoración de los resultados de la cirugía del prolapso. Un problema pendiente de solución. *Suelo Pélvico* 2007;3:49-66.
9. Díez Itza I. Exploración física del prolapso. Introducción del sistema POPQ. *Suelo Pélvico* 2008;4:18-23.
10. Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: Systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018;29(1):13-21.
11. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: A longitudinal study of menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:27-32.
12. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2010;21:5-26.
13. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD004014.
14. Maher C, Baessler K, Barber M, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Pelvic Organ Prolapse. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editores. *Incontinence*. 6.a edición. Tokio: International Continence Society; 2017; p.1855-992.
15. Milson I, Altman D, Cartwright R, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Epidemiology of urinary incontinence and other lower urinary tract symptoms, pelvic organ prolapse and anal incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editores. *Incontinence*. 6.a edición. Tokio: International Continence Society; 2017; p.1-142.
16. Swift SE, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSS): The distribution, clinical definition and epidemiology of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(3):795-806.
17. Swift SE, Tate SB, Nichols J. Correlation of symptomatology with degree of pelvic organ support in a general population of women: What is pelvic organ prolapse? *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(2):372-9.
18. Theofrastous JP, Swift SE. The clinical evaluation of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998;25(4):783-804.
19. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2001;12:178-86.